

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE 371

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 mai 1898 à 1 heure

Par ULISSE NOEL

Né à Ay-sur-Moselle (Moselle) le 10 janvier 1858

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

dans les suppurations pelviennes

Suites locales éloignées

Président : M. PAUL BERGER, professeur.

Juges : { MM. BOUCHARD, professeur.

SCHWARTZ et RICHELOT, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
45, Rue Racine, 45

1898

371

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 mai 1898 à 1 heure

Par ULISSE NOEL

Né à Ay-sur-Moselle (Moselle) le 10 janvier 1858

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE
dans les suppurations pelviennes

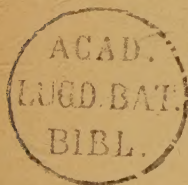
Suites locales éloignées

Président : M. PAUL BERGER, professeur.

Juges : { MM. BOUCHARD, professeur.

SCHWARTZ et RICHELOT, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Docteurs en Médecine	
Professeurs	
Anatomie	M. BROUARDEL
Physiologie	MM.
Physique médicale	FARABEUF.
Chimie organique et chimie minérale	CH. RICHET.
Histoire naturelle médicale	GARIEL.
Pathologie et thérapeutique générales	GAUTIER.
Pathologie médicale	BLANCHARD.
Pathologie chirurgicale	BOUCHARD.
Anatomie pathologique	HUTINEL.
Histologie	DEBOVE.
Opérations et appareils	LANNELONGUE.
Matière médicale et pharmacologie	CORNIL.
Thérapeutique	MATHIAS DUVAL
Hygiène	TERRIER.
Médecine légale	POUCHET.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LANDOUZY
Pathologie expérimentale et comparée	PROUST.
Clinique médicale	BROUARDEL.
Maladie des enfants	LABOULENE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	CHANTEMESSE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	POTAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	JACCOUD.
Clinique chirurgicale	HAYEM.
Clinique des maladies des voies urinaires	DIEULAFOY.
Clinique ophthalmologique	GRANCHER.
Clinique d'accouchements	JOFFROY.
	FOURNIER.
	RAYMOND.
	TILLAUD.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU
	GUYON.
	PANAS.
	N.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILLEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	RETTERER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE

DE MA SŒUR AINÉE

A MA SŒUR CÉLINE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

DANS LES SUPPURATIONS PELVIENNES

SUITES LOCALES ÉLOIGNÉES

AVANT-PROPOS

En suivant le service de notre maître, M. le Dr Richelot, nous avons eu l'occasion de voir, à différentes reprises, un grand nombre de femmes auxquelles il avait pratiqué l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes, et nous avons pu nous assurer combien était restreint le nombre des femmes offrant des accidents consécutifs à cette opération.

Nous avons été aussi frappé de voir, que bon nombre de femmes, qui ayant subi l'hystérectomie vaginale, et à qui l'on avait laissé les annexes, saines ou suppurées, ne présentaient que rarement des tumeurs secondaires ou des accidents de suppuration ; à ce point que la différence n'existait pour ainsi dire pas entre celles où la castration avait été complète, et celles où elle n'avait été

qu'utérine ; à la condition toutefois, que les annexes laissées en place à cause de la trop grande difficulté d'en faire l'ablation, soient ouvertes très largement et vidées complètement.

C'est ce qui nous donna l'idée d'écrire cette thèse, nous appuyant pour le démontrer sur un certain nombre d'observations.

C'est à notre cher Maître, M. le Dr Richelot, chirurgien de l'hôpital St-Louis, à qui nous avons communiqué notre idée, que nous devons la majeure partie de ces observations, ainsi que la marche à suivre pour notre modeste étude ; aussi, tenons-nous ici à le remercier de ses précieux conseils.

Nous le prions d'accepter l'hommage de toute notre reconnaissance, tant pour son enseignement pratique que pour les services qu'il nous a rendus en maintes circonstances et où nous avons appris à connaître son exquise bonté.

Nous nous faisons un agréable devoir de remercier notre cher maître, M. le professeur Berger, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie de Médecine, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse et dont nous garderons un affectueux souvenir.

HISTORIQUE

L'hystérectomie vaginale pour les suppurations pelviennes, est une opération qui remonte à peine à 11 ans et qui, par ses résultats, semble avoir définitivement élu domicile parmi les grandes opérations gynécologiques et rester une des plus sûres.

Péan fut le premier (Segond, *in* thèse Baudron), qui fit l'hystérectomie vaginale en décembre 1887, pour suppurations des annexes des deux côtés, et ceci de parti pris, après en avoir fait le diagnostic ; il obtint un succès, et l'année d'après sept nouveaux succès avec sept opérations. Enfin en 1890, il avait fait 60 hystérectomies vaginales pour lésions bilatérales sans aucun décès.

Doyen, de Reims, qui l'avait faite une fois, quelques jours avant Péan, pour une endométrite difficile, et sans l'avoir pour ainsi dire préparée, obtint aussi un succès, et en 1891, au Congrès de chirurgie, il faisait une communication qui porte sur une vingtaine de cas, où les résultats étaient particulièrement encourageants.

Segond, après l'avoir vu faire par Péan pour un cas de lésions annexielles bilatérales très difficile, se décide pour

elle, et fait sa première en 1890 (9 août) à la Maison Municipale de santé, pour suppuration pelvienne bilatérale, et à la Société de chirurgie le 23 février 1891, se basant sur les résultats obtenus, il posait déjà les conclusions suivantes : « 1° *Qu'elle était moins grave que la laparotomie* ; 2° *qu'elle donnait des guérisons plus parfaites et plus durables* ; 3° *enfin, qu'elle évitait l'inconvénient d'une cicatrice.* »

Au Congrès de chirurgie de Paris, Segond, Richelot, Doyen de Reims, reconnaissent que l'hystérectomie vaginale donne d'excellents résultats pour les suppurations pelviennes, bien supérieurs à ceux obtenus par la laparotomie, et l'accueillent avec beaucoup de faveur.

Tous les chirurgiens à peu près, l'acceptent à cette époque, en France : Péan, Segond, Richelot, Michaud, Routier, Reclus (qui en devient après l'adversaire), Peyrot, Bazy, Nélaton, Le Dentu, Terrillon, Quénu, Chapt, etc.

A l'étranger : Inverardi, Bastianelli, Accouci, en Italie ; Landau, en Allemagne ; Jacobs, Rochet, Rouffart, Debaisieux, en Belgique ; Inversen, au Danemark ; Treub, en Hollande ; mais cependant à des degrés différents ; et Pozzi lui-même qui en était resté l'adversaire, communique au Congrès de chirurgie de Paris 1893, ses résultats obtenus sur 14 hystérectomies vaginales pour suppurations pelviennes ; résultats aussi parfaits que possible, puisqu'ils lui donnent 14 guérisons.

Michaux et Segond, démontrèrent qu'elle n'avait plus à redouter les comparaisons avec les statistiques les plus parfaites des opérations sus-pubiennes.

Richelot, dans son livre sur l'hystérectomie vaginale, paru en 1894, montre aussi les résultats obtenus sur un grand nombre d'observations, et n'hésite pas à la proclamer, l'opération de choix pour les suppurations pelviennes bilatérales.

En résumé, elle gagne du terrain tous les jours et Lafourcade, dans sa thèse, publie 138 observations.

Baudron publie à son tour, dans sa thèse, 100 cas où il montre que, la castration soit totale, ou simplement utérine donne, la première 92 p. 0/0 de guérisons, la deuxième 90 p. 0/0, tandis que la laparotomie ne donne que 68 p. 0/0.

A l'heure actuelle, la question est nettement tranchée, et les différentes statistiques des chirurgiens français ou étrangers, habitués à faire cette opération sont la meilleure preuve de sa valeur.

Avant d'arriver à l'exposition des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale, qui est en somme le titre de notre modeste travail, nous croyons qu'il est utile de commencer par une discussion sur les cas où cette opération doit être préférée à la laparotomie, ainsi que sur ceux où celle-ci, est plus nettement indiquée.

Evidemment, tout a été dit sur ce sujet ; aussi, ne nous reporterons-nous pas à l'origine de cette discussion, et nous contenterons-nous de passer en revue les différentes polémiques qui ont été soulevées dans ces trois ou quatre dernières années et qui ont permis de dissiper toute équivoque et de faire cesser toute hésitation dans la conduite à tenir en pareil cas.

DU CHOIX DE L'OPÉRATION DANS LES SUPPURATIONS PELVIENNES ET DES RÉSULTATS OBTENUS

La laparotomie est et sera toujours probablement l'opération de choix, lorsque la femme étant jeune, on aura reconnu, qu'il n'y a que des lésions annexielles unilatérales. Il est inutile d'insister pour ces cas, et tous les chirurgiens sont d'accord ; d'autant plus qu'aujourd'hui, l'hystérectomie abdominale totale est là pour la compléter s'il en est besoin ; nous ne parlons pas avec intention des autres procédés qui ont été employés pour la guérison des suppurations pelviennes, ils sont notablement inférieurs à la laparotomie et à l'hystérectomie vaginale. Cependant, tout dernièrement, M. Ch. Monod (1) a fait une communication à la Société de Chirurgie où, entre ses mains, l'incision vaginale, suivie de la recherche du foyer annexiel profondément situé, a donné d'excellents résultats dans un grand nombre de cas d'ovaro-salpingites suppurées unilatérales. Ce procédé a été souvent curatif, et s'il ne donne pas le résultat voulu, il ne mettra pas

1. Société de Chirurgie, 4 mai 1898.

obstacle à une intervention ultérieure plus radicale. Mais où il existe encore des divergences, c'est lorsque les annexites sont bilatérales.

Or, dans ces lésions bilatérales, où il y a de grandes poches friables et des adhérences multiples, la laparotomie expose à des dangers terribles. Aussi, malgré toutes les précautions prises par l'opérateur, malgré l'aspiration du pus faite préalablement, ainsi que la déchirure de la poche, qui contient malgré tout toujours un peu de pus, il en restera toujours assez pour inoculer le péritoine ; sans compter les adhérences intimes avec l'intestin grêle qui exposent à des déchirures graves.

Dans ces cas : ou, l'on sera obligé de faire une opération incomplète, à laquelle succède une série d'accidents plus ou moins graves, telles que fistule, suppuration abondante, altération de la santé générale, etc., etc. ; ou, si l'on cherche à tout faire, les lésions que l'on peut produire sont tellement graves, que l'on s'expose à perdre sa malade.

Enfin, la castration ovarienne bilatérale, par la laparotomie, laisse l'utérus en place : or, cet utérus, pour les cas qui nous occupent, est si souvent infecté, qu'il sera nécessaire de faire dans la suite une hystérectomie vaginale secondaire (obs. VIII).

Dans la plupart de ces cas, des utérus débarrassés de leurs annexes atteintes de lésions salpingiennes graves, continuent à rester en activité ; d'autres qui, débarrassés de leurs ovaires, ne s'atrophient pas du tout ; d'autres qui s'atrophient, et qui continuent malgré cela à saigner et à faire souffrir les malades (obs. VI). Enfin, l'utérus,

laissé en place, peut s'infecter secondairement, et il est évident que s'il avait été supprimé, il n'y aurait pas d'infection secondaire, ni de périmétrite, ce qui a aussi sa valeur.

Dans l'hystérectomie vaginale, la guérison parfaite n'est pas liée à l'ablation intégrale des annexes; et celles-ci, laissées en place, après la disparition de l'utérus, demeurent plutôt silencieuses que dans les cas où les annexes sont enlevées et l'utérus conservé.

Il est facile de sentir après l'extirpation de l'utérus, le degré de fixité des poches purulentes; si on ne peut les enlever, on n'a qu'à les laisser en place, elles s'ouvrent d'elles-mêmes au cours du morcellement et versent leur contenu qui s'écoule directement au dehors sans contaminer le péritoine. S'il s'agit d'un processus fibreux de la cavité pelvienne sans suppuration, l'incision abdominale ne mène à rien et reste exploratrice, tandis qu'avec l'hystérectomie vaginale, on voit bientôt, par la suppression de l'utérus, les congestions et les douleurs cesser, les produits inflammatoires se résorber, et les masses latérales s'assouplir. En quelques semaines les poches sont oblitérées par le travail cicatriciel sans qu'il reste ni fistule, ni suppuration prolongée.

Cependant, le principe qui doit guider tous les chirurgiens dans l'hystérectomie vaginale, c'est d'abord et avant tout, l'extirpation complète quand elle est possible; mais, il n'en est pas moins vrai qu'il est des cas de lésions annexielles bilatérales avec collection purulente, adhérences, où il y a matériellement impossibilité absolue de faire l'ablation intégrale.

Après la disparition de l'utérus et l'évacuation du pus, le pansement des organes malades vaut autant que leur suppression. Et pour M. Richelot, il considère si bien l'ablation utérine comme le point essentiel, qu'il ne tient plus absolument, quand l'utérus est parti, à extraire les annexes, même qu'il aurait pu enlever ; il n'a vu aucune différence dans les résultats.

Il n'a vu, en effet, sur plus de 675 hystérectomies vaginales qu'il a faites, dont au moins 400 pour suppurations pelviennes, et dont il a laissé les annexes à au moins la moitié, que quatre fois en tout une suppuration légère et à peine incommode retarder la cicatrisation ; et même ces quatre malades ont fini par guérir comme les autres.

Quant aux nerveuses qui continuent à souffrir après l'opération, on les rencontre aussi bien parmi celles qui n'ont plus d'annexes que parmi celles à qui on les a laissées.

Les laparotomistes reprochent aux hystérectomistes que par l'hystérectomie vaginale, ils ne peuvent enlever entièrement les annexes, et que ces annexes laissées en place, seront la cause de douleurs et de poussées nouvelles.

Claret, dans sa thèse, cite quelques observations où il montre que les annexes ne s'atrophient pas et que les débris de trompe renfermant des germes à virulence pourront être le point de départ de poches kystiques secondaires ?

Oui ! quand on a laissé une trompe ou un ovaire rempli de pus ; mais si l'on a eu le soin d'ouvrir et de vider ces poches, il n'en est rien, et les annexes laissées en place

ne seront pas plus sujettes à causer des accidents consécutifs que si l'on avait enlevé le tout.

Quant à ces tumeurs secondaires, dont parle Baudron dans sa thèse (Obs. XVIII, XIX, XX), et dont nous parlons aussi dans trois de nos observations (Obs. XV, XVI, XVII), elles se produisent aussi bien chez des femmes qui ont subi l'hystérectomie vaginale totale que chez celles à qui l'on n'a enlevé que l'utérus.

Ainsi que nous le disions précédemment, Richelot, sur près de deux cents hystérectomies vaginales où il a laissé les annexes, après les avoir préalablement traitées, n'a eu que quatre cas où les femmes ont gardé une légère suppuration vaginale qui a fini par se tarir, et elles ont quitté l'hôpital absolument guéries. Nous relatons ces quatre cas dans le chapitre de nos observations (Obs. XI, XII, XIII, XIV).

Il nous a été donné de revoir un grand nombre de femmes qui avaient subi cette opération depuis plusieurs années; aucune ne présentait de symptômes abdomino-pelviens, toutes se portaient bien, et à l'exception de trois, dont nous donnons ci-après les observations, et qui eurent consécutivement des tumeurs secondaires qui furent enlevées par la laparotomie, les résultats ont été aussi parfaits que possible.

A propos de ces trois malades, il est à noter, que chez deux, l'hystérectomie vaginale avait été complète, ce qui vient appuyer ce que nous disions plus haut, à savoir que : l'hystérectomie vaginale ait été complète ou incomplète, les résultats sont identiques.

Or, ces trois cas de Richelot et les trois autres de Se-

gond dont nous donnons aussi les observations (obs. XV, XVI, XVII) sont loin des cas multiples où il a fallu faire une hystérectomie vaginale secondaire après une laparotomie ; et pour ne citer que Richelot, il a dû faire pour sa part, 45 hystérectomies vaginales secondaires à des femmes qui avaient subi la laparotomie et qui avaient conservé un utérus douloureux ou hémorrhagique, qui toutes ont donné des résultats heureux.

Il n'en est pas moins vrai que ces quelques cas d'opérations complémentaires après l'hystérectomie vaginale prouvent aussi que, quelque satisfaisante qu'elle soit dans ses résultats définitifs, elle a ses insuccès ; mais, à ce point de vue aussi, si on la compare à la laparotomie l'avantage lui reste tout entier.

Quant aux guérisons obtenues et nous entendons par là, les résultats thérapeutiques définitifs, les différentes statistiques publiées sur ce sujet donnent à peu près les mêmes chiffres : 90 à 95 pour 100 de guérisons.

Ainsi Pauchet, dans sa thèse, sur un total de six cents observations a trouvé 95 pour 100 de guérisons avec l'hystérectomie vaginale, alors que la castration ovarienne ne donnait que 65 pour 100.

Baudron, sur deux cents observations, arrive à un pourcentage de 90 guérisons quand l'hystérectomie vaginale est incomplète, et 92 pour 100 pour l'opération complète.

Richelot, au congrès de chirurgie, tenu à Paris en octobre 1895, n'a plus que 4,54 pour 100 de mortalité pour l'hystérectomie vaginale faite dans les suppurations pelviennes, qu'elle ait été complète ou incomplète.

Nous pourrions citer un grand nombre d'autres statis-

tiques, qui donnent des résultats à peu près identiques et qui ne seraient que des répétitions stériles.

Nous ne pouvons clore ce chapitre intéressant, sans parler aussi de l'hystérectomie abdominale totale qui, très appréciée en Amérique, commence à prendre jour parmi nos plus grands défenseurs de l'hystérectomie vaginale.

De ce qui en est déjà connu, il est évident que cette opération doit être préférée à l'hystérectomie vaginale pour les grosses tumeurs utérines; et ceci est en dehors du cadre que nous nous sommes tracé. Aussi, n'en parlerions-nous pas si, dans certains cas de suppurations pelviennes, elle n'eût été opposée à l'hystérectomie vaginale.

En effet, nous n'avons pas toujours le choix, et dans certains cas, la voie sus-pubienne paraît devoir être adoptée.

Si, par exemple, chez une femme jeune, le diagnostic d'une lésion bilatérale n'est pas démontré; s'il est impossible de savoir au juste si les deux côtés sont pris, dans quelle mesure ils le sont; si, même il y a incertitude, alors que l'on constate la présence de deux masses latérales avec signes de suppuration, et que l'une des deux annexes, peut être simplement adhérente ou polykystique, il est certain que dans ces cas, l'abdominale totale devra être l'opération de choix, parce qu'elle permet d'explorer et de conserver s'il y a lieu, et que, dans le cas contraire, elle aussi donnera des guérisons complètes, à cause de l'ablation utérine.

Mais, l'hystérectomie vaginale lui sera toujours supérieure dans la majorité des cas, pour les mêmes raisons qu'il est inutile de répéter ici, et que nous avons longue-

ment développées dans la discussion qui précède en parlant de la laparotomie.

A l'appui de ces résultats, nous allons faire suivre cet exposé de quelques observations que nous diviserons en quatre groupes différents :

1^o Un premier groupe comprendra quelques observations prises au hasard dans les cas d'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes et où la castration annexielle n'a pas été faite, mais qui toutes ont guéri. Il est bien entendu que l'ouverture et la toilette de ces annexes ont été aussi parfaites que possible.

2^o Un second groupe où l'hystérectomie vaginale a été faite secondairement à une laparotomie où les annexes avaient été enlevées, totalement ou en partie, toujours pour des cas de suppurations pelviennes.

3^o Un troisième, où des accidents de suppuration (4 fois) ont suivi, et où, une seule fois, une tumeur kystique secondaire est survenue; ces cinq cas d'hystérectomie vaginale n'ayant pas été complétés par l'ablation des annexes, ont fini cependant par guérir, excepté le cinquième qui a nécessité une laparotomie secondaire.

4^o Enfin, un quatrième groupe, au nombre de cinq, dont trois de Baudron et deux inédites, où des tumeurs kystiques secondaires sont survenues après une hystérectomie vaginale utéro-annexielle, et qui ont nécessité une laparotomie secondaire pour quatre cas et une ablation par la voie vaginale pour le cinquième cas.

OBSERVATION I

Richelot (*in* hystérectomie vaginale. 1894 page 55).
Suppuration pelvienne. Hystérectomie vaginale. Guérison.

Madame G..., 24 ans, accouchée normalement le 18 janvier 1891, avait eu après sa couche une métrorrhagie abondante, puis des douleurs vives au bout de six semaines.

Température 39° et plus, tous les jours, et presque sans rémission.

Elle avait une grosse collection purulente, assez élevée sur le bord gauche de l'utérus, entourée d'un magma intestinal qui montait au voisinage de l'ombilic.

Utérus immobile; son tissu friable donnait de mauvaises prises et le morcellement fut particulièrement laborieux.

Deux fois pendant la section de bas en haut du segment inférieur, une veine purulente sortit des annexes gauches et coula dans le vagin, preuve qu'il y avait eu ouverture à la collection.

Le morcellement était particulièrement difficile et l'opération se prolongeait, aussi M. Richelot laissa en place le fond de l'utérus.

Les suites furent très simples, la collection purulente, insuffisamment ouverte, mais débarrassée du rempart que lui opposait la moitié inférieure de l'utérus, continua de se vider les jours suivants et revint sur elle-même très promptement; la guérison fut complète et la santé, constatée plusieurs mois après, était excellente.

OBSERVATION II

(Richelot (*in* Hystérectomie vaginale 1891 page 87).
Suppuration pelvienne. Hystérectomie vaginale. Guérison.

Madame M..., 37 ans ; depuis 12 ou 15 ans elle a des poussées successives de pelvi-péritonite aboutissant à un état suraigu, qui durait depuis six semaines.

Amaigrissement extrême et température constamment élevée.

Crises d'une violence inouïe à chaque instant.

Le ventre était saillant ; il y avait à gauche, et dépassant la ligne médiane, un énorme plastron qu'on osait à peine effleurer, tellement le moindre attouchement était intolérable ; à l'extrême droite, on pouvait déprimer la paroi et n'éveiller qu'une douleur supportable.

Au toucher, on trouvait une masse résistante qui poussait l'utérus contre le pubis et distendait les culs-d-sac, en arrière et à gauche, au point d'effacer le museau de tanche.

Hystérectomie vaginale, 28 août 1891.

L'utérus est saisi avec difficulté, qui est absolument fixe et collé au pubis ; incision circulaire et dégagement pénible du segment inférieur pour saisir les ligaments larges.

En poussant la pince à gauche, le vaste foyer s'ouvrit et le vagin fut inondé de pus fétide.

L'écoulement fini, introduction du doigt pour agrandir l'orifice qui est maintenu ouvert avec des pinces.

Lavage prolongé de tout le champ opératoire.

Le morcellement poursuivi alors devint plus facile; l'utérus était petit.

Celui-ci enlevé, sa place fut occupée aussitôt par une seconde poche dépendant des annexes droites, dont l'existence était ignorée et qui vint se montrer à l'orifice vaginal.

Ouverture de cette seconde poche, écoulement d'une grande quantité de pus, de telle sorte que les deux collections réunies représentaient bien un litre et demi.

Lavage au sublimé, annexes abandonnées et pansées de mèches de gaze iodoformée.

Chute immédiate de la fièvre et disparition des douleurs.

Au bout de quelques jours, suppression de la gaze et injections vaginales sans traiter autrement les poches.

L'eau revenait claire et le retrait se faisait tout seul.

La malade reprend l'appétit et guérit très rapidement.

OBSERVATION III (personnelle).

Pyosalpingite double. Hystérectomie vaginale. Guérison.

Mme G..., 32 ans. Un premier enfant il y a quatre ans avec suites normales.

Grossesse nouvelle et accouchement à sept mois d'un enfant viable au commencement de 1895.

Un mois après son accouchement, elle souffre encore du ventre. A ce moment, examinée par un médecin, il fait le diagnostic de salpingite double,

Le repos au lit, et les injections chaudes n'amènent aucune amélioration.

La température oscille alors entre 38° le matin et 39° le soir.

L'état général devient mauvais, la malade maigrit et paraît être dans un état de faiblesse extrême.

Le Dr Rousseau, ex-interne des hôpitaux de Paris, appelé en consultation, propose l'hystérectomie vaginale qu'elle accepte avec empressement.

Elle est pratiquée le 11 août 1895.

La malade est anesthésiée par le chloroforme.

Le morcellement est facile ; les trompes à droite et à gauche et l'ovaire gauche forment deux poches qui sont ouvertes et laissent écouler presque un verre de pus.

Les annexes fortement adhérentes aux fosses iliaques surtout à gauche sont difficilement décortiquées, et l'extirpation complète fut impossible.

Lavage à l'eau bouillie boricuée tiède et pansement avec des lanières de gaze iodoformée à 30 0/0.

Onze pincées, qui sont enlevées 48 heures après l'opération.

La température s'abaisse le soir même et n'est plus qu'à 37°6 le deuxième jour ; les douleurs cessent aussitôt.

Les suites furent des plus simples et la malade est levée le dix-huitième jour.

Revue très souvent et jusqu'à ce jour la guérison est restée absolue (18 avril 1898).

OBSERVATION IV (personnelle).

Pyo-salpingite double d'origine gonococcique. — Hystérectomie vaginale. Castration utéro-annexielle totale à gauche, incomplète à droite. Guérison.

Mme L... 32 ans, 2 enfants, le dernier il y a 3 ans.

Les antécédents héréditaires et personnels sont excellents. Elle a été réglée à 15 ans et d'une façon toujours régulière ; les suites de couches ont toujours été bonnes.

Au commencement de 1894, elle a eu plusieurs poussées successives de pelvi-péritonite et des métrorrhagies, succédant à une infection gonorrhéique certaine (maritale). Le médecin qui la soigne, donnait en même temps ses soins au mari à la fin de l'année 1893.

Les soins médicaux ordinaires lui sont donnés sans résultat ; et la température qui oscille entre 38° le matin et 38°7, 8 le soir, ainsi que les douleurs qui persistent le décident à faire demander M. Richelot en consultation qui diagnostique une pyosalpingite double et propose l'hystérectomie vaginale.

L'opération est faite le 9 mai 1894.

Examinée de nouveau sous le chloroforme, M. Richelot trouve l'utérus enclavé entre deux masses, du volume d'une mandarine.

Le morcellement se fait régulièrement, l'utérus descend mal. L'ablation des annexes se fait avec beaucoup de difficultés surtout à gauche où elles sont adhérentes au rectum ; l'ovaire droit est laissé en place. Un flot de pus non fétide s'écoule de chaque côté, et l'on panse avec gaze iodoformée.

La température s'abaisse le jour même, et les suites furent des plus simples ; elle se lève le 19^e jour.

Cette femme qui a été revue souvent par le médecin traitant, et même ces jours derniers, n'a jamais ressenti la moindre chose depuis son opération. L'état général est plutôt encore meilleur qu'auparavant.

. OBSERVATION V (Richelot).

Kyste purulent ovarique gauche. Salpingites parenchymateuses. Hystérectomie vaginale. Castration utérine sans ablation d'annexes. Guérison.

Mme P..., 36 ans, entre à l'hôpital St-Louis, salle Denonvilliers, lit n° 7, le 15 mai 1894.

Femme ayant eu trois enfants, tous les trois venus à 7 mois ; le dernier accouchement remonte à dix mois. A la suite de ses couches, elle a eu des poussées de pelvipéritonite. Depuis sa dernière couche des douleurs sourdes et continues dans le bas-ventre ne font qu'augmenter ; jamais de pertes.

Examen de la malade : L'utérus est fortement penché en avant et complètement enclavé. A gauche on trouve une poche descendant aussi un peu en arrière. M. Richelot, diagnostique annexite gauche probablement suppurée ; rien à droite.

L'opération a lieu le 24 mai 1894. L'utérus absolument enclavé, ne descend pas du tout ; le morcellement est très laborieux. Après l'ablation de l'utérus, on trouve des annexes droites, épaisses, adhérentes, sèches qui sont laissées en place.

Les annexes gauches sont aussi épaisses, adhérentes, et tout au fond un globe grisâtre et fluctuant.

Cette poche est ouverte au bistouri qui donne passage à un flot de pus prolongé; cette poche est un kyste purulent ovarique.

Le péritoine est protégé avec de grandes précautions avec des éponges. Les annexes sont laissées en place. Des tampons sont disposés avec soin pour préserver le péritoine contre l'orifice purulent sans bourrer la poche de gaze iodoformée.

Les suites sont des plus simples et la malade sort guérie au bout de trois semaines.

Revue le 23 octobre 1894. Très bien guérie, la cicatrice est un peu épaisse, doublée par les restes d'annexes.

Revue en octobre 1896. Etat parfait. Rapports sexuels normaux.

OBSERVATION VI.

In Hystérectomie vaginale Richelot, page 416. Salpingite hémorragique, Kyste sanguin de l'ovaire. Laparotomie, castration bilatérale, insuccès. Curage et opération de Schroeder sans résultat. Hystérectomie vaginale secondaire. Guérison.

Mme D..., entre à l'hôpital Tenon le 1^{er} mai 1889, salle Richard Wallace.

La malade a été réglée à 13 ans et bien réglée pendant trois ans.

Mariée à 16 ans. Accouchement à 8 mois 1/2 normal, mais suivi d'une perte assez abondante.

Pendant les 3 ans qui suivent, pas de troubles fonctionnels appréciables.

En 1885 ; règles très douloureuses, la malade est soignée, pour une métrite ulcéreuse et granuleuse : cautérisation au nitrate d'argent et igniponcture. Depuis cette époque, ménorrhagies, tranchées utérines pendant les règles.

En 1887, phénomènes de pelvi-péritonite. Soignée pour un phlegmon du ligament large et pour une hématocele rétro-utérine. Douleurs dans le bas-ventre. Changement de caractère, nervosisme très marqué, exagéré depuis quelques années. Douloureux et pesant au niveau de la tête ; impossibilité de travailler intellectuellement.

Etat actuel 1^{re} mai 1889. — La malade depuis quelques années n'a pas cessé de présenter les symptômes que nous venons d'énumérer. *Douleurs* au niveau du bas-ventre pendant les règles et dans l'intervalle. Règles abondantes pendant trois jours ; pas de pertes blanches.

Palper. — Douleurs dans les deux fosses iliaques, surtout à gauche.

Toucher. — Le cul-de-sac gauche est rempli par une saillie qui paraît grosse comme une noix, et repoussant le col à droite il est douloureux. Le cul-de-sac droit n'est pas souple, l'utérus est demi-mobile.

Spéculum. — Col gros, sans éversion de la muqueuse, un peu de liquide catarrhal transparent.

Laparotomie le 2 mai 1889. — A gauche, ovaire très gros et très adhérent, trompe très dilatée. Au cours de l'opération, la poche s'ouvre et il s'écoule environ deux cents grammes de sang de couleur sale et d'odeur mauvaise. Le péritoine est essuyé et protégé avec des éponges.

Suintement assez considérable au niveau des adhérences rompues. Irrigation du petit bassin avec une solution d'acide borique préalablement bouillie et très chaude. Le suintement s'arrête.

La trompe et l'ovaire sont enlevés; ligature du pédicule avec soie phéniquée.

A droite, ovaire et trompe moins gros qu'à gauche, très adhérents. L'opération est plus vite faite de ce côté, parce que l'ovaire vient tout de suite et son pédicule se déchire; puis en tirant sur la trompe, elle se déchire aussi et l'on place un fil sur son bout utérin. L'écoulement sanguin continue, les éponges ne l'arrêtent pas: lavage à l'eau chaude de tout le foyer, le suintement se modère, mais ne s'arrête pas. Alors drainage avec un gros tube qui descend jusque vers le cul-de-sac de Douglas à droite de l'utérus.

Suture en étage au catgut, suture de la paroi avec les crins de Florence, etc...

3 mai. — A part quelques vomissements, la malade a bien toléré l'opération; le pansement n'est pas souillé dans la matinée; mais dans l'après-midi, on constate un suintement sanguin.

Le pansement est enlevé; il s'écoule du sang par le tube, pas assez cependant pour inspirer de l'inquiétude. Le pansement est renouvelé.

Le soir, la malade est agitée, le pouls fréquent, mais fort; la température monte à 38°5.

4 mai. — Quelques vomissements. Douleurs dans le ventre. Nervosisme. Le pansement souillé par du sang est renouvelé. Le pouls est fréquent, sans être inquiétant; la température est de 38°8.

5 mai. — Pas de suintement sanguin; par contre, les règles

sont apparues. Pouls fréquent, douleurs. Le drain est enlevé, nettoyé, raccourci et remis en place. Température 38.2.

7 mai. — Nouveau pansement. — Suintement, le tube est raccourci. Etat nerveux de la malade.

9 mai. — Le tube est enlevé tout à fait. Le pouls est favorable. Température 37.8. Bon état général. Pas de sommeil. Agacement continu.

15 mai. — Il ne reste plus qu'un petit trajet fistuleux peu profond. Les crins de Florence de la paroi sont enlevés.

25 mai. — La plaie abdominale est complètement guérie. La malade se lève depuis quelques jours.

28 mai. — La malade sort de l'hôpital.

Pendant un mois après son séjour, elle se porte très bien, restant chez elle. Fin juin, elle fait sa première sortie, un peu longue, rentre fatiguée, la nuit est agitée, et le lendemain paraît un écoulement sanguin, comme des règles; en même temps, douleurs vives dans le ventre et retentissement nerveux excessif avec désespoir, inquiétude, etc...; tête à droite, nuque, cou à droite, bras droit sur le trajet du cubital, sorte de névralgie pariéto-occipito-cervico-brachiale, alternant avec des embrumements et tout le grand jeu des nervosités. Elle a mal à peu près constamment dans le bas ventre, de chaque côté, dans les foyers opératoires, puis en arrière, pesanteur sur le fondement; selles régulières, mais douleurs pendant et après. Pas de pertes blanches.

Au bout de plusieurs jours, le sang s'arrête, mais l'état nerveux et douloureux persiste. En juillet, nouvelles pertes avec les mêmes symptômes. Elle accuse un sang noir de vilain aspect.

Traitement médical. — Antipyrine, bromhydrate de quinine, sulfonal; ce dernier la fait dormir la nuit. La perte cesse.

Examen. — Au toucher, le col est tourné à droite, attiré par une vieille adhérence; rien à noter comme volume. Rien de particulier dans les culs-de-sac antérieur et latéral. En arrière, le doigt touche le corps en rétroversion légère, un peu pâteux, et la malade accuse une douleur vive. Au spéculum, l'orifice est peu distinct, tourné à droite (le cul-de-sac droit, en réalité, n'existe pas); impossible de pénétrer dans le col. De plus érosion légère du museau de tanche. Bref: utérus congestionné, rétroversion, érosion et atrésie du col, congestions pseudo-menstruelles, tout cela malgré l'absence des ovaires depuis trois mois.

Le 26 août 1889, elle entre à la maison de santé Jullien. Toujours nerveuse et endolorie de partout, mais surtout de la névralgie brachiale et de la céphalalgie, avec des sensations très intenses d'embrumement, d'absences d'idées, de dépossession de soi-même, etc....

26 août. — Opération avec l'idée d'inciser le col, de le dilater, de pénétrer dans l'utérus et de faire un curage.

Chloroforme long et difficile par nervosisme. Le col est saisi et ne s'abaisse pas; ramené sur la ligne médiane, tentative de pénétration dans l'orifice avec une bougie d'Hégar, n° 6, impossible, l'atrésie paraît complète. Alors attaque avec les ciseaux, incision bilatérale d'une certaine épaisseur; la bougie d'Hégar ne pénètre pas encore; continuation de l'incision du trajet cervical en remontant vers l'orifice interne; l'Hégar ne pénètre pas. Enfin, arrivée sur l'orifice interne, incision avec le bistouri de chaque côté transversalement, avec précaution pour ne pas dépasser le tissu utérin au niveau de l'isthme. Alors, l'utérus

est ouvert et la dilatation facile avec les Hégar jusqu'au n° 10, et avec le divulseur de Sims.

M. Richelot se dispose alors à curer, après avoir badigeonné à la créosote. La curette touche les parois latérales et le fond, puis tout à coup, avant le grattage, sans aucune violence, sans pousser, elle pénètre profondément en haut et à droite, environ jusqu'à 15 centimètres. La manœuvre est répétée doucement, et toujours la curette pénètre à la même distance du même côté, et on heurte un fond assez solide qui sépare du ventre. Il est probable que l'on se trouve dans un foyer juxta-utérin communiquant avec la cavité par la corne. Sans doute, après la fermeture du ventre, il est resté un petit foyer sanguin au niveau du moignon de la trompe. Celui-ci s'est ouvert dans le foyer, ou plutôt le foyer dans celui-ci. L'utérus a expulsé deux fois ce sang (noir) peut-être avec du nouveau sang de congestion et après avec des douleurs vives à cause de l'atrésie. L'atrésie joue sans doute ici un grand rôle dans la congestion et dans la douleur, en empêchant, l'évacuation du foyer. Le but est donc d'ouvrir l'utérus et de le maintenir ouvert.

La curette ne ramène qu'une certaine quantité de sang liquide et noir, sans fongosités, inutile d'insister.

Cela fait, M. Richelot procède à la résection conoïde des lèvres du col pour emporter l'érosion et le tissu dense, mais sans vouloir achever le Schröder, car la muqueuse utérine pour faire le retournement et la réunion lui fait défaut. En enlevant les deux tranches, il crève et enlève plusieurs œufs de Naborth glaireux, puis met deux catguts, un à droite, l'autre à gauche pour fermer les incisions latérales; tout en laissant un orifice assez large au milieu. Cette suture a surtout pour but d'assurer l'hémostase.

Pansement avec crayon d'iodoforme et un drain dans le canal cervico-utérin. Tampons vaginaux iodoformés.

Le soir, température 37°,2. Quelques vomissements chloroformiques. Sulfonal et bonne nuit. Le nervosisme capito-brachial continue.

27 août. — 37°,2, état parfait au point de vue chirurgical.

Dans la nuit du 27 au 28, elle a eu un suintement sanguin qui a été arrêté par tamponnement; le 28 au matin il n'y avait plus rien. Le 29 au soir, il revient un peu de sang, tout à fait comme des règles, très modéré. On ne fait rien. Temp. 37°, ventre souple et très peu douloureux, elle continue seulement à se plaindre de sa tête et à faire du drame.

31 août. — Encore un peu de sang, très peu. Pansement habituel, le drain qui est parfaitement resté dans le col est retiré, lavé et remplacé sans aucune difficulté pour entretenir l'ouverture de l'utérus. Deux jours après, injections intra-utérines discrètes avec la solution faible de sublimé, pour faire le lavage de la cavité utérine et de la poche communicante. Quant à la névralgie, d'ici peu, électricité.

4 septembre. — Première séance d'électrisation légère; le 5 injection intra-utérine. L'électrisation l'effraie et la désole, on la cesse. 7 septembre deuxième injection; ça va très bien, tube un peu sali par du pus, l'orifice est bon, le tube tient bien.

11 septembre. — Injection intra-utérine, ablation du tube, état parfait du tube utérin, muqueuse cicatrisée, se lèvera le lendemain, les injections intra-utérines sont continuées.

Elle quitte Paris le 18 septembre le ventre en bon état, mais la tête absolument détraquée, nervosisme désespérant (bourdonnements d'oreilles, brûlures de la nuque, etc...) nécessité

de l'isolement. Elle revient en octobre 1892 retrouver M. Richelot, pour des douleurs nouvelles dans le bas ventre.

Hystérectomie vaginale secondaire le 20 octobre 1892. Utérus à col raccourci et bridé à droite par l'ancienne opération de Schrøder. Utérus descendant mal (vieilles adhérences latérales), morcellement un peu difficile; adhérences insignifiantes à gauche, mais à droite (ancien foyer hémorrhagique) adhérences solides et gênantes de la corne, difficultés à ce niveau, mais ablation intégrale.

Suites nulles, apyrétiques.

Revue en 1896, santé parfaite, sauf un peu de nervosisme et de névralgies.

OBSERVATION VII

In Hystérectomie vaginale, Richelot (p. 414).

Pyosalpinx double. Laparotomie. Castration tubaire double sans ablation des ovaires. Continuation des douleurs, règles abondantes. Hystérectomie vaginale secondaire. Guérison.

Mme D... 33 ans, est opérée le 3 septembre 1889 pour pyosalpinx double. Laparotomie, castration tubaires. Suites opératoires très simples. Depuis, règles régulières, abondantes; douleurs dans le ventre, l'utérus est fortement rétrofléchi et adhérent. De temps en temps souffre beaucoup. Cette année, pendant un séjour à Berlin, elle s'y trouve arrêtée par de fortes douleurs et des pertes. Un médecin appelé, tente la réduction de la rétroflexion, et la rend encore plus malade. Revient à Paris.

Examen. — Gros utérus en rétroflexion absolue, soulevable mais adhérent. Opération de l'hystérectomie vaginale le 19 juillet 1892. Morcellement très régulier ; les adhérences du cul-de-sac de Douglas, se libèrent facilement. Une adhérence intestinale grêle au ligament large droit est décollée pour libérer l'anse et éviter la pression de la pince. Détail particulier ; M. Richelot trouve un tout petit ovaire gauche, atrophié, gros comme une petite merise, accolé à la corne utérine et qu'il enlève avec elle. A droite, ovaire id. ou un peu plus gros (cerise), mais aussi atrophiée ; il reste en dehors de la pince, on le délacère tout en en laissant une partie.

Les suites furent aussi simples que possible et apyrétiques.

Revue en 1896 ; guérison persistante, santé parfaite.

OBSERVATION VIII (inédite).

(Richelot).

Pyosalpinx gauche. Laparotomie. Castration uni-latérale. Hystérectomie vaginale secondaire pour pyosalpinx à droite.

Mme M..., 34 ans, entre à l'hôpital Tenon le 19 octobre 1890 pour des douleurs de ventre surtout à gauche s'irradiant dans la fesse et la cuisse gauches.

A l'examen, on trouve une masse occupant tout le cul-de-sac latéral gauche et un peu en arrière, qui est très douloureuse. M. Richelot fait le diagnostic de pyosalpinx gauche et fait une laparotomie le 19 octobre 1890. Les annexes à droites ont saines, et laissées en place, cependant l'ovaire qui est tout petit est

adhérent; quant à la trompe gauche, elle crève en la décortiquant d'où inondation de pus fétide; l'ablation en est faite intégralement.

Lavage du péritoine, pansement. Bonne guérison et suites simples.

Quand, au commencement de 1894, elle a de nouveau des douleurs, mais à droite. Elle rentre alors à Saint-Louis, salle Denonvilliers, le 25 juin 1894. On sent maintenant une grosse masse à droite, fluctuante et le diagnostic de pyosalpinx droit s'impose.

M. Richelot fait l'hystérectomie vaginale le 7 juillet 1894.

L'utérus est très adhérent, le morcellement est laborieux, rien à gauche. A droite, il arrive très difficilement à la corne; et il trouve de gros kystes péri-tubaires qu'il incise prudemment, alors, la trompe droite crève et il s'écoule du pus assez abondamment; l'extraction intégrale se fait très difficilement.

Les suites furent très simples.

Revue le 8 octobre 1894. Santé parfaite.

En octobre 1896. — Etat excellent, pas de troubles nerveux. Rapports sexuels diminués.

OBSERVATION IX

In Hystérectomie vaginale Richelot (page 396).

Pyosalpinx gauche dégénéré en hydrosalpinx. Laparotomie. Castration unilatérale. Continuation des douleurs. Hystérectomie vaginale secondaire. Guérison.

Mme G..., 31 ans, entre à l'hôpital Tenon, salle Richard-Wallace, le 10 novembre 1891, lit n° 11.

Réglée à 13 ans et demi régulièrement; mariée en 1879. Fausse-couche en juillet 1890. Depuis le mois d'août 1891, la malade a ressenti de violentes douleurs dans le ventre, accompagnées d'une métrorrhagie abondante, pour laquelle la malade entre à Lariboisière. La métrorrhagie cesse vers le 6 octobre; les douleurs continuent néanmoins et la malade entre à Tenon dans le service de M. Richelot le 10 novembre 1891.

Examen. — Au toucher, l'on constate à gauche une tumeur grosse comme le poing, adhérente. Rien à droite. Diagnostic douteux de pyo ou d'hématosalpinx ou de kyste. Rien à droite d'apparent. Vu l'âge de la femme on se décide pour la laparotomie.

Opération le 17 novembre. — Poche adhérente à gauche, grosse comme une orange; le décollement est fait progressivement, mais, à un moment, la poche se crève et donne issue à un liquide séreux.

L'énucléation est assez difficile, mais très régulière avec la main; cette poche qui est la trompe est enlevée avec un ovaire dégénéré.

À droite, les annexes sont amenées. La trompe paraît saine et perméable avec un stylet, et M. Richelot en considération de l'âge de la femme, prend le parti de la laisser, mais après avoir réséqué un petit kyste qui double le volume de l'ovaire, il fait une suture au catgut du tissu ovarien, dont le reste paraît sain. Contenu de la trompe enlevé: liquide séreux avec des caillots de pus concrets tapissant la paroi. Donc: vieux pyosalpinx dégénéré, devenu kystique.

La malade sort complètement guérie le 20 décembre, mais souffrant encore du ventre.

Revue au commencement de janvier 1893, continue à souff-

frir, l'utérus est resté gros, non atrophié, elle a de la leucorrhée.

Hystérectomie vaginale secondaire le 13 janvier 1892. L'utérus paraît adhérent et comme bosselé à droite et à gauche, aussi en arrière. Il ne descend pas ; le morcellement est assez laborieux ; adhérences dures au cul-de-sac de Douglas ; pas grand chose à droite, mais à gauche un magma dans lequel le doigt pénètre ; c'est un petit paquet d'adhérences correspondant au pédicule de l'ovaire enlevé. Il y a eu tout autour de l'utérus des poussées de périmétrite ; peut-être inoculation blennorrhagique, car le col est gros et baveux. Le fil du pédicule de gauche vient avec la corne enlevée.

Les suites sont simples, apyrétiques et la malade sort guérie le 11 février. Revue plusieurs fois, rétablissement complet.

OBSERVATION X (inédite).

Richelot.

Hydrosalpinx à droite. Salpingite parenchymateuse bilatérale. Kystes purulents des deux ovaires. Laparotomie, ablation bilatérale intégrale. Métrorrhagies, douleurs lombaires et abdominales. Hystérectomie vaginale secondaire. Guérison.

Mme L..., 36 ans, brodeuse, entre à St-Louis, salle Denonvillers, lit n° 5 le 5 février 1893.

Réglée à douze ans, a eu deux enfants dont l'un seulement est bien portant. Le premier accouchement très pénible ; la dernière couche il y a 15 ans.

En 1880, péritonite, précédée de métrorrhagie, pour laquelle

la malade est soignée à St-Antoine. Depuis cette péritonite, quelque troubles généraux, mais toujours menstruation régulière.

Vers la fin de janvier 1893, à la suite de ses règles, elle est prise de pertes, d'abord jaunâtres, puis franchement rouges et formant de gros caillots. Cette femme, qui est brodeuse à la machine, continue malgré cela à travailler. Les pertes augmentent et s'accompagnent de violentes douleurs dans les reins ainsi que dans le ventre.

A son entrée dans le service de M. Richelot, le 5 février 1893, il fait le diagnostic de salpingite double et abcès de l'ovaire gauche.

Laparotomie le 16 février 1893. Opération difficile ; M. Richelot trouve un gros utérus médian et une grosse tumeur à droite saillante en haut et enclavée dans le Douglas ; c'est un énorme hydrosalpinx, le reste de la trompe est flexueux et parenchymateux. Evacuation partielle, puis énucléation assez facile, mais en l'achevant, quelque chose crève et du pus se répand sur les anses intestinales voisines. Essuyage, lavage avec l'eau salée bouillie ; alors l'ovaire vient avec un gros kyste purulent rompu. A gauche, trompe parenchymateuse, moins grosse, qui est énucléée ; kyste purulent de l'ovaire moins gros, qui se rompt aussi, mais le pus se répand peu. Epongeage immédiat, lavage, sutures de la paroi, suites nulles, apyrétiques.

Depuis le mois de mars 1894, métrorrhagies, douleurs lombaires, sensations de pressions sur le rectum ; douleurs abdominales ; elle rentre à l'hôpital le 17 avril 1894, salle Denonvilliers, lit 46.

Le toucher est très douloureux et M. Richelot lui fait une hystérectomie vaginale secondaire le 4 mai 1894.

L'utérus est très-gros, morcelé facilement.

Après l'ablation, beaucoup de petits kystes péri-utéro annexiels transparents, crèvent et donnent de la sérosité noirâtre, mais rien autre du côté de la région des annexes enlevées. Guérison rapide.

Revue en 1895, ne souffre plus du ventre, encore un peu des reins.

OBSERVATION XI (inédite).

(Richelot).

Pyosalpinx double avec adhérences. Hystérectomie vaginale sans ablation d'annexes. Suites complexes, puis guérison.

Mme Eugénie S..., 39 ans, entre à l'hôpital Tenon le 29 février 1892.

Réglée à 12 ans ; règles très abondantes, le plus souvent très douloureuses.

Depuis trois ou quatre ans, règles moins abondantes et plus douloureuses.

Pas de grossesses, ni de fausses couches.

Mariée en 1875, deux ans après, pelvi-péritonite d'une durée de huit mois soignée à Saint-Antoine.

Bonne santé jusqu'en avril 1891.

A ce moment, rhumatisme articulaire aigu, durée 15 jours.

Le 25 décembre 1891, elle est prise brusquement de douleurs dans le ventre à droite. Elle entre à l'hôpital Andral où on fait le diagnostic de pyosalpingite droite.

L'abcès de la trompe s'ouvre et se vide par l'utérus et le vagin.

Du pus s'écoule pendant trois jours. La malade sort améliorée.

Le 14 février 1891, elle est prise de douleurs violentes dans le côté gauche et entre à Tenon le 29 février.

Examen. — Le ventre est très douloureux, la douleur est plus accusée au niveau des deux ovaires, pas de pertes.

Au toucher, l'ovaire et la trompe donnent à gauche et à droite la sensation d'une tumeur grosse comme un petit œuf à droite, un peu plus grosse à gauche. La trompe et la tuméfaction gauche sont presque adhérentes à la corne de l'utérus. Le cul-de-sac antérieur est plein, grosse induration dans le cul-de-sac postérieur.

Diagnostic. — Pyosalpingite double. L'opération est faite le 16 mars 1892. Hystérectomie vaginale très laborieuse ; l'utérus très élevé, est absolument immobile; le morcellement est très difficile. La poche gauche se rompt dès les premiers temps par le doigt et la pince utérine; on en fait l'élargissement et un lavage.

Après l'ablation de l'utérus, la trompe droite se présente, elle est attirée et ouverte, mais impossible de l'énucléer; écoulement de pus assez abondant.

Lavage du vagin mouillé par le pus, et lanière de gaze dans chaque poche tubaire ; aucune extirpation d'annexes.

Suites simples, seulement les deux poches restent ouvertes longtemps. L'interne M. Perruchet les draine avec des lanières; puis elles continuent à donner du pus avec une persistance peu ordinaire; enfin, elles se rétrécissent, et suppurent à peine.

Le 6 mai, M. Richelot trouve l'orifice de droite oblitéré, celui de gauche à peine d'un à deux centimètres de profondeur. Ci-

catrice bien faite. Etat général bon ; la malade sort de l'hôpital le 8 mai.

La poche de gauche continue à suppurar et incommode la malade, qui rentre de nouveau dans le service le 9 juillet 1892.

Anesthésie par le chloroforme le 19 juillet, M. Richelot explore et dilate au divulseur l'orifice qui donne du pus venant d'une cavité très peu profonde ; mèche de gaze après lavage soigné. Une fistulette persiste pendant quelques mois et finit par se tarir complètement.

Revue en octobre 1896, la guérison des lésions et de la fistulette persiste ; elle a engraisé et les troubles nerveux sont plutôt améliorés.

OBSERVATION XII

(in *Hystérectomie vaginale*. Richelot 1894).

Obs. 199, page 422.

Suppuration pelvienne. Hystérectomie vaginale. Castration utérine incomplète et sans ablation d'annexes. Suites complexes, puis guérison.

Mme Emile V..., 35 ans, entre à l'hôpital St-Louis le 25 février 1893.

Accouchement laborieux le 24 janvier 1887 ; du 9 septembre au 15 novembre métrorrhagie et pelvi-péritonite avec fièvre. Du 13 mai au 5 août 1891, rhumatisme articulaire aigu. Reprise des douleurs utérines ; les médecins conseillent le curage. Entrée à l'hôpital St-Joseph le 9 janvier 1892 ; M. le Dr Lebec lui fait le curage avec anesthésie par le chloroforme ; quinze jours

après, écoulement de pus verdâtre, il s'est formé des abcès. Nouvelle anesthésie ; le D^r Lebec ouvre plusieurs abcès. Troisième anesthésie : incision iliaque droite ; on croit reconnaître un fibrome solidement implanté, compliqué de suppuration des trompes. Sortie de l'hôpital St-Joseph le 27 mars 1892. Continuation des douleurs intolérables avec frissons et sueurs, écoulement de pus par le vagin ; digestions difficiles, manque d'appétit. Le 15 mai, évacuation spontanée d'un abcès par l'incision iliaque et formation d'une fistule. Le D^r Lebec conseille l'électricité qui est appliquée malgré la fistule et les abcès fébriles et ne donne pas de résultat. Constipation, vives douleurs hypogastriques et lombaires, grande faiblesse. Depuis le mois de septembre 1892, cautérisation et reprise du traitement électrique ; on trouve que le fibrome diminue de volume ; la fistule se ferme et l'écoulement vaginal continue. Le 26 décembre, coliques très douloureuses, vomissements, évacuation de pus verdâtre par le rectum qui dure trois semaines et s'arrête. Le 10, le 15, le 17, le 19 février 1893, violentes crises de douleur dans le côté droit, température 38° et au-delà.

Elle entre à l'hôpital St-Louis le 24 février 1893. A l'examen on trouve un gros utérus pouvant bien être fibromateux mais fixé immobile et prolongé par une masse à droite et en arrière, pas grand'chose à gauche.

Opération le 25 février 1893. — L'utérus est extrêmement adhérent et immobile, le morcellement est très laborieux. Toute la cavité pelvienne est le siège d'adhérences multiples à processus fibreux. L'utérus excavé, est évidé peu à peu, on n'entre pas en avant dans le péritoine et finalement on laisse après évidemment très poussé comme pour un fibrome, une mince couche de tissu utérin. En arrière, il ne reste plus d'utérus, ni

sur les côtés, et chemin faisant le cul-de-sac de Douglas est ouvert très largement d'où s'écoule un flot de pus fétide venant soit d'une vieille trompe tapissant le Douglas, soit d'une vieille lacune péritonéale, ayant communiqué ou non, avec le rectum. Rien n'a semblé venir du tissu cellulaire (malgré les antécédents). En somme, péritoine non ouvert, vieux reste de pus évacué, utérus à peu près disparu. Lavages, tampons, suites apyrétiques.

Une fistule purulente persiste, par défaut de retrait jusqu'à fin juillet 1893 où elle sort tout à fait guérie.

Revue en avril 1898, toujours bien guérie ; nerveuse, vient demander des bains de temps en temps.

OBSERVATION XIII (inédite).

Richelot (clientèle).

Pyosalpinx droit. Annexes adhérentes à gauche. Hystérectomie vaginale. Castration utérine sans ablation d'annexes. Suites complexes, puis guérison.

Mme P... 28 ans (?) jeune femme robuste, bien portante ; souffre du ventre depuis plus ou moins longtemps, mais des douleurs sourdes et qui ne l'empêchent pas de continuer sa profession d'artiste lyrique. Quand M. Richelot la voit pour la première fois, septembre 1896, elle est arrêtée et souffre davantage depuis quelques semaines ; elle dit n'avoir jamais eu de fièvre et le médecin traitant n'en a pas non plus constaté. Nullipare.

Examen. — Grosse masse à droite de l'utérus, très douloureuse, rien de net à gauche.

Diagnostic. — Pyosalpinx à droite.

Hystérectomie vaginale le 20 septembre 1896.

Morcellement moyennement difficile, augmenté par étroitesse du vagin.

L'utérus enlevé, on constate la présence de petites annexes (à gauche) adhérentes et qui sont laissées en place. A droite, très grande poche de pus très fétide ; cette poche est ouverte méthodiquement, après l'ablation de l'utérus, lavée et tamponnée à la gaze iodoformée. Pas d'ablation d'annexes.

Suites simples sans fièvre, si ce n'est une fistule qui fut traitée pendant un an par des injections iodées, des mèches de gaze etc... auxquelles elle résiste, pour se cicatriser tout-à-fait pendant une saison au Mont-Dore (été de 1897) guérison complète.

Revue très souvent et en dernier lieu en 1898 : Jamais aucune bouffée de chaleur depuis l'opération. Aucun trouble nerveux, sauf maintenant quelques petites impatiences, besoins de remuer, et quelques démangeaisons sur le corps. D'ailleurs calme et santé robuste. Chante avec grand succès dans un des grands concerts de Paris (février 1898) ; donc, voix conservée.

OBSERVATION XIV (inédite).

Richelot.

Pyosalpinx à droite. Fibromes. Hystérectomie vaginale sans ablation d'annexes. Suites complexes. Guérison tardive.

Mme S.:. 40 ans, robuste, bien constituée ; accidents pelviens ordinaires, entrave complète.

Diagnostic. — Fibromes et pyosalpinx.

Hystérectomie vaginale le 5 janvier 1896. L'utérus fixe nécessite une opération très laborieuse, il est déjeté à gauche et enlevé très difficilement. Il contient 3 petits fibromes de la grosseur d'un petit œuf et d'un œuf de pigeon. A droite, écoulement de pus très abondant, lavage et pansement avec lanière de gaze.

Rien aux annexes gauches. Les annexes sont laissées des deux côtés. L'hémostase se fait difficilement.

Les suites furent très simples, sauf qu'il persiste une petite fistulette suppurante au fond du vagin, à droite de la cicatrice. La santé, malgré cela, n'est pas troublée.

Le 31 juillet 1896, elle a encore une petite fistulette avec petite poche qui continue à suppurér ; va bien d'ailleurs.

Cette fistulette se ferme complètement sur la fin de l'été 1896.

En octobre 1896, maux de reins et quelques douleurs légères dans le ventre, chlorose, bouffées de chaleur la nuit, a engraisé de 4 kilogs.

Les rapports sexuels sont un peu douloureux. Elle dit cependant se trouver beaucoup mieux.

Revue depuis, va bien.

OBSERVATION XV (inédite) (Richelot).

Salpingites parenchymateuses. Ovaires kystiques et dégénérés.
Rétroversion complexe. Nervosisme. Hystérectomie vaginale
totale. Collection kystique pelvienne secondaire. Laparotomie.
Guérison.

Mme A. P., 35 ans, très nerveuse et extrêmement souffrante depuis si longtemps, est dans un état tel qu'il n'y a pas de traitement à tenter en dehors d'une extirpation totale. Les douleurs de ventre sont continuelles depuis deux ans ; les règles sont régulières, peu douloureuses ; pas de perte blanche, constipation opiniâtre.

A l'examen, M. Richelot trouve l'utérus en rétroversion très prononcée, mais mobile. Sous le chloroforme, il trouve par le cul-de-sac de Douglas de grosses annexes adhérentes non soupçonnées auparavant.

L'hystérectomie vaginale est faite le 26 avril 1893. Le morcellement est facile, l'ablation des annexes moyennement difficile. Les trompes sont grosses, parenchymateuses et demi-molles ; les ovaires tout à fait kystiques et dégénérés.

La castration annexielle est totale.

Les suites sont des plus simples.

Le 11 juillet 1893. — Plus aucune douleur, tout est bien simple.

Le 22 avril 1896. — Elle vient se plaindre beaucoup ; depuis longtemps déjà elle resouffre, et surtout de la vessie. Nervosisme très dominant.

En juillet 1896, elle revient se plaindre, et M. Richelot l'envoie au Dr Jayle pour opothérapie qui la lui renvoie.

Examinée de nouveau, M. Richelot trouva des choses dures, grosses, sensibles au-dessus de la cicatrice, et la reprend à l'hôpital Saint-Louis où il pratique une laparotomie le 16 juillet 1896.

On trouve des adhérences fixes et serrées de l'S iliaque et du rectum et un peu du cœcum, à tout le petit bassin et à la cicatrice vaginale.

Rupture patiente et libération complète ; puis ablation d'un kyste séreux du volume d'une orange inclus dans la partie restante du ligament large gauche. Après la toilette, on constate que la déchirure du ligament large continue à saigner ; M. Richelot fait alors un surjet au catgut et achève l'opération.

Les suites sont nulles et la guérison est obtenue définitivement au bout de trois semaines.

La malade revue très souvent va bien.

OBSERVATION XVI (inédite) (Richelot).

Enorme hydrosalpinx. Hystérectomie vaginale sans ablation d'annexes. Kyste séreux secondaire. Laparotomie. Guérison.

Mme L. J..., 29 ans, entre à l'hôpital Tenon le 8 octobre 1891, salle Richard Wallace, lit n° 18. Cette femme est réglée depuis l'âge de 16 ans assez régulièrement ; ni grosseur, ni fausses couches ; pas de pertes blanches. A l'âge de 24 ans, la malade fut

traitée pour une pelvi-péritonite. Depuis quelque temps déjà les règles peu abondantes étaient douloureuses.

Cette pelvi-péritonite survint quelques jours après les règles. La malade eut une fièvre assez violente et garda le lit pendant trois mois.

Elle ne souffrait que du côté gauche, mais la douleur était intense.

Depuis cette époque, les règles à peu près régulières sont moins douloureuses ; mais la douleur du côté gauche est continue.

Il y a deux mois, nouvelle poussée aiguë accompagnée d'un mouvement fébrile assez intense, survenant quelques jours après les règles. La douleur du côté gauche devient plus violente, la malade est forcée de s'aliter. Enfin, depuis ces deux derniers mois, la malade a eu des métrorrhagies.

Examen. — Femme vigoureuse, paroi abdominale ferme et grosse. L'utérus est poussé en avant, le cul-de-sac de Douglas est rempli par une tumeur rénitente, médiane, rétro-utérine remontant plus qu'à moitié chemin de l'ombilic.

C'est une poche en arrière de l'utérus, probablement hématique.

Hystérectomie vaginale le 27 octobre 1891. L'utérus ne descend pas, il est gros, scléreux et tellement adhérent en haut et dans le Douglas qu'on arrive à grand-peine et de proche en proche à pincer et à couper la corne droite. Auparavant et après section presque complète de l'utérus, il avait coulé tout à coup beaucoup de liquide séreux ; il en coule encore après la section de la corne droite.

A gauche, arrachement de la corne et placement consécutif d'une pince languette.

A ce moment, M. Richelot ne sait pas s'il a enlevé complètement l'utérus ; mais en touchant et en palpant l'hypogastre, il n'y a plus trace de tumeur ; le doigt ne sent rien en haut où il entre en plein péritoine, ni à gauche, ni à droite, où il trouve le moignon du ligament large. L'éponge montée entre au milieu en plein péritoine ; il n'y a donc plus d'utérus. Les annexes qui ne se montrent pas, sont laissées des deux côtés. En somme, par l'ablation de l'utérus, on a vidé un très grand hydrosalpinx.

Durée de l'opération, une heure. Suites nulles. La malade sort guérie le 24 novembre.

Revue le 6 avril 1897 ; très bien guérie, sans aucun phénomène nerveux depuis son opération.

Depuis quatre mois cependant, la malade se plaint de douleurs abdominales un peu à gauche, au-dessous de l'ombilic, ayant augmenté il y a un mois ; moins vives dans le décubitus dorsal, sans élévation de température ni altération de l'état général.

Au-dessus de la cicatrice vaginale, tumeur arrondie, rénitente, qui peut être comprimée entre l'index et la palpation abdominale, sensible au toucher.

M. Richelot, diagnostique : Kyste séreux du ligament large gauche.

Laparotomie : On trouve en effet un kyste dans le moignon du ligament large gauche.

Ponction, liquide séreux ; énucléation totale d'une poche à parois épaisses et difficile à détacher.

A remarquer : L'hystérectomie vaginale faite en 1891 a été faite sans ablation d'annexes et avec diagnostic obscur (évaluation de sérosité), de sorte qu'il est impossible de savoir aux

dépens de quoi s'est développé le kyste. De plus, au cours de l'opération, il n'y a pas eu moyen de constater la moindre trace de trompe ou d'ovaire, à droite ou à gauche. Le bord supérieur du ligament large était fondu avec la cicatrice vaginale et un peu épais.

OBSERVATION XVII (inédite).

(Richelot).

Double hydro-salpinx. Atrésie du col. Hystérectomie vaginale.
Castration utéro-annexielle totale. Kyste séreux secondaire.
Laparotomie. Guérison.

Mme Vve B..., 32 ans, souffre depuis l'âge de 15 ans, surtout à ses époques qui sont irrégulières. Elle entre à l'hôpital Saint-Louis le 23 octobre 1895, salle Denonvilliers n° 9. Depuis quelque temps les douleurs sont devenues intolérables, elle se plaint en outre d'une sensation de poids sur le périnée.

On lui a fait le curettage, on l'a dilatée, les douleurs n'ont fait que redoubler.

A l'examen, on trouve les annexes peu développées, très sensibles et un peu grosses au toucher surtout à gauche. Elle n'a jamais eu d'enfants.

Opération de l'hystérectomie vaginale le 30 octobre 1894. Le morcellement est facile; l'utérus ne descend pas du tout d'abord, puis il se dégage.

On trouve deux grosses trompes de moyen volume contenant

de la sérosité et complètement oblitérées, avec des ovaires très gros et scléro-kystiques, le tout adhérent mollement.

Les suites furent très simples et la malade quitte l'hôpital au bout de trois semaines.

Revue en octobre 1896, l'état est très bon, elle ne souffre plus au ventre, mais des reins autant qu'avant. Les rapports sexuels sont normaux.

En février 1897, elle se plaint de maux de tête et de reins. De plus, elle a une petite tuméfaction douloureuse et pâteuse au-dessus de la cicatrice vaginale comme si elle faisait un petit abcès tardif. Les rapports sexuels sont devenus douloureux. Cette tuméfaction s'accompagne depuis 3 ou 4 mois de douleurs abdominales non continuelles, revenant très régulièrement toujours du côté gauche même au repos, avec élancements et irradiation dans la cuisse. Jamais de fièvre. A la pression on provoque aussi des douleurs au-dessus de l'arcade pubienne.

Laparotomie en février 1897. Comme la précédente, on trouve un kyste séreux du ligament large gauche. Ponction, puis, ablation de la poche friable par lambeaux. Ligature sur l'épiploon qui a été détaché de la cicatrice vaginale pour aborder le kyste.

Suites nulles.

La malade revue en avril 1898, est maintenant très améliorée, beaucoup moins neurasthénique, le sens génital est augmenté.

OBSERVATION XVIII

(Second *in* thèse Baudron).

Pyosalpinx gauche. — Salpingite parenchymateuse et ovaire polykystique à droite. — Opération d'hystérectomie vaginale. — Castration utéro-annexielle totale. — Collection kystique pélyvienne secondaire. — Incision simple, puis extirpation. — Guérison.

Mme J... âgée de 24 ans, entre à la maison municipale de santé le 7 avril 1890 chambre 12 bis.

Cette malade, dont les antécédents héréditaires et personnels sont excellents, a été réglée à 14 ans, d'une façon toujours régulière et normale. Mariée à 20 ans, elle fait à 23 ans une fausse couche de dix semaines, suivie d'une pélvipéritonite qui nécessite un séjour de deux mois au lit.

Complètement rétablie, elle devient enceinte au mois de septembre 1889 et contracte la blennorrhagie au 6^e mois de sa grossesse. L'accouchement à terme fut des plus pénibles; le travail dura 15 heures. L'enfant eut une ophtalmie purulente et perdit l'œil gauche.

Depuis cet accouchement, la malade garde le lit. Pendant un mois, elle eut des symptômes graves de pélvipéritonite (douleurs abdominales aiguës, météorisme, vomissements porracés, température atteignant 40° le soir).

Vers le milieu de juillet, elle rendit par le rectum un grand verre de pus, et fut soulagée pendant quelques jours.

Une nouvelle poussée la décide à entrer à la maison municipale de santé.

Examen local (sous le chloroforme). — L'utérus en subinvolution et antéversé est peu mobile. Les annexes gauches sont confondues en une tumeur dure, ligneuse par places, très adhérente, ayant le volume d'une mandarine. A droite, l'ovaire augmente de volume, est très adhérent, et la trompe dilatée forme un cordon du volume du petit doigt.

Etat général satisfaisant; malade un peu amaigrie, très nerveuse, appétit presque nul; constipation opiniâtre.

9 août 1890. — Hystérectomie vaginale. Morcellement de l'utérus en trois étapes. Décortication complète des annexes. La trompe et l'ovaire gauche forment une poche qui contient un demi-verre de pus. L'ovaire très adhérent est bourré de kystes, et la trompe présente les lésions ordinaires de la salpingite parenchymateuse. Neuf pincés. Durée de l'opération 35 minutes.

Suites opératoires. — Les pincés sont enlevés le 2^e jour. A partir de ce moment la malade urine seule. Une selle abondante est provoquée par lavement après l'ablation des pincés. La température oscille entre 38° le soir et 37° le matin jusqu'au 7^e jour où elle devient normale.

Le pouls atteint 12° le soir des 1^{er}, 2^e et 5^e jours.

Les tampons sont enlevés le 4^e jour et l'on fait des injections de sublimé à 1/1000.

La malade se lève le 21^e jour.

Le 3 septembre elle se plaint d'une légère douleur dans la fosse iliaque gauche.

Le toucher vaginal fait reconnaître au niveau de la cicatrice et un peu à gauche un point fluctuant qui s'abcède le soir même, laissant couler environ deux cuillérées de pus. Dès lors la guérison est complète et la malade sort de l'hôpital le 8 septembre.

Revue très souvent. Etat général et local merveilleux ; appétence génitale plutôt exagérée. La guérison reste absolue jusqu'au mois de décembre 1893.

Décembre 1893. — Sous l'influence d'une vaginalité aiguë à gonococcoques, la malade a présenté au niveau de l'angle droit de la cicatrice vaginale une tumeur mobile lisse, fluctuante, douloureuse du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur a été incisée et tamponnée deux fois sans succès. Son contenu était un liquide séreux très clair. Le lundi 19 mars 1894, M. Segond en fait l'ablation par voie vaginale. La muqueuse vaginale étant incisée au niveau de la cicatrice, est facilement séparée du kyste. Au cours du décollement, le kyste à contenu séreux s'est crevé, la poche a été excisée en totalité ; le péritoine a été ouvert. Actuellement la malade est en convalescence.

OBSERVATION XIX

(Segond *in thèse* Baudron)

Pyosalpinx. Hystérectomie vaginale. Tumeur kystique secondaire formée aux dépens des restes du ligament large droit. Laparotomie. Guérison.

La nommée Estelle T..., âgée de 22 ans, entre à la Maternité Baudelocque le 28 octobre 1890, salle Levret, n° 83.

Réglée à 14 ans, d'une façon régulière et normale, cette femme se marie à 19 ans.

Devenue immédiatement enceinte, elle fait une fausse couche de six mois.

Au bout de 15 mois elle a une couche normale. L'enfant, né bien portant, meurt, à trois mois d'une méningite.

Au mois d'août dernier, elle a la rougeole, et c'est au déclin de cette fièvre éruptive qu'elle commence à éprouver des douleurs dans le bas-ventre.

Ces douleurs bilatérales, irradiées dans les cuisses et dans les reins, étaient surtout vives dans l'intervalie des règles. Elles se calmaient presque complètement une fois les règles établies. Les pertes blanches, blanc-jaunâtre, étaient fort abondantes.

Elle entre à la Maternité de Baudelocque le 28 octobre 1890.

L'utérus est en antéversion et peu mobile.

Les annexes du côté gauche forment une tumeur bosselée, dure, très adhérente et très douloureuse, du volume d'une mandarine. A droite, elles offrent les mêmes caractères, mais sont un peu moins volumineuses.

Diagnostic. — Endométrite, salpingite double probablement suppurée.

L'état général est très bon, légère ascension fébrile tous les soirs.

Pendant deux mois et demi, cette malade fut soumise au traitement médical. Repos absolu au lit, injections vaginales répétées à 45° trois fois par jour. Le 2 novembre poussée aiguë douloureuse et fébrile, dont le siège est dans les annexes droites qui augmentent de volume. Le 20 décembre, M. Pinard constate que les annexes droites sont un peu diminuées; la fièvre cependant persiste. Le traitement est continué pendant trois semaines, et devant la persistance des lésions, on décide une intervention radicale.

14 janvier 1891. — Hystérectomie vaginale. L'utérus est morcelé en trois temps.

Les annexes des deux côtés très adhérentes sont décortiquées en totalité. Elles présentent à droite, comme à gauche des lésions identiques. Les trompes sont atteintes de salpingite hypertrophique parenchymateuse. Elles ont le volume de l'index et leurs parois lardacées limitent une cavité qui contient une ouillerée de pus. Les ovaires sont bourrés de petits kystes.

Dix pinces à demeure ; l'opération a duré une heure.

Suites opératoires. — Dès le soir la température tombait à 37° et s'y maintenait. Le pouls n'a jamais dépassé 90. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures ; les tampons le quatrième jour.

Selles après lavement, aussitôt les pinces enlevées.

La malade se lève le vingtième jour.

Elle part complètement guérie le 10 février.

Pendant 9 mois, la guérison s'est maintenue complète. Elle a recommencé à souffrir en novembre 1891 ; crises pelviennes à irradiations lombaires. Elle revient à Baudelocque à la fin de février 1893. M. Segond constate un empâtement dans la fosse iliaque droite très douloureuse à la pression.

8 mars 1893. — Laparotomie secondaire. Ablation d'une petite poche à contenu séreux, formée aux dépens des restes du ligament large droit.

Guérison complète, qui se maintient en juin 1893.

OBSERVATION XX

(Segond *in* thèse Baudron).

Hystérectomie complémentaire pour fistule purulente après laparotomie. Trois laparotomies consécutives, dont une pour tumeur kystique développée aux dépens des débris du ligament large droit.

La nommée F... Eugénie, âgée de 31 ans, entrée le 22 novembre 1891 à la Maison municipale de Santé, service de M. Segond.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, a eu un enfant il y a huit ans. Depuis cette époque a souffert du côté droit du ventre, à chaque époque menstruelle d'abord, puis d'une façon continue.

Il y a deux ans, les douleurs apparurent à gauche. Pertes blanches dans l'intervalle des règles. Pesanteur continue dans le bas-ventre; de temps en temps douleur en urinant.

Il y a dix-huit mois, les phénomènes demeurent très intenses, miction très fréquente et douloureuse, frissons, nausées. La malade entre à l'hôpital St-Louis, où M. Tuffier fit, par laparotomie, l'ablation des annexes droites, dit la malade.

Environ quinze jours après la laparotomie, il se forme à l'extrémité inférieure de la cicatrice, un petit abcès qui resta fistuleux. La fistule fut dilatée, curée, cautérisée sans succès. La malade quitta Saint-Louis avec sa fistule.

Depuis six mois, douleurs dans le bas-ventre à droite et à gauche, mictions fréquentes et douloureuses, perte de l'appétit

et des forces, suppuration assez abondante par la fistule. Pas de règles depuis trois mois.

Examen. — Fistule profonde de cinq centimètres se dirigeant en bas, en arrière et à gauche.

Palpation douloureuse à gauche et à droite, où l'on sent un empâtement diffus. Au toucher, cul-de-sac antérieur un peu douloureux, cul-de-sac gauche peu saillant, également douloureux, culs-de-sac droit et postérieur remplis par une masse arrondie, très douloureuse, qu'on n'arrive pas à limiter par le palper à sa partie supérieure. Utérus dévié à droite immobile.

Diagnostic. — Suppuration pelvienne.

Hystérectomie vaginale. — Le 23 novembre 1897.

Morcellement facile, ouverture d'une petite poche purulente à gauche.

Annexes absentes de ce côté. Annexes à droite assez adhérentes, avec dilatation considérable de la trompe, d'ailleurs friable. Ablation complète. 8 pinces. Durée : 10 minutes.

Suites opératoires. — Simples, mais les douleurs de la miction surtout, dit la malade, persistent. =

La malade a subi, depuis, trois laparatomies pour adhérences, dont les deux premières pour adhérences épiploïques, la dernière pour une petite tumeur kystique développée au niveau du ligament large droit. Actuellement, septembre 1893, la malade va très bien.

CONCLUSIONS

1° La laparotomie sera l'opération de choix, toutes les fois que la lésion sera unilatérale et que la femme sera jeune.

2° Dans le cas où la femme sera jeune, et qu'il y aura doute ou incertitude sur le diagnostic des lésions bilatérales, c'est d'abord à la laparotomie complétée, s'il y a lieu d'hystérectomie abdominale totale, que l'on aura recours.

3° Toutes les fois que les annexes seront atteintes des deux côtés, ce sera à l'hystérectomie vaginale que l'on devra donner la préférence.

4° Dans les cas où l'on éprouvera de la difficulté à enlever les annexes, même lorsqu'elles contiennent du pus, il ne sera pas nécessaire de les enlever, pourvu qu'elles soient largement ouvertes et débarrassées du pus qu'elles contiennent.

5° Les résultats définitifs obtenus par l'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes, la classent parmi les meilleures opérations que l'on ait pu tenter contre elles.

6° Il peut survenir à la suite de l'hystérectomie vaginale complète ou incomplète, des tumeurs secondaires, kystiques, dont l'on devra faire l'ablation par la laparotomie (1).

1. Thèse Claret 1896, page 76.

Vu par le Président de la thèse,
PAUL BERGER

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- SEGOND. — Société de chirurgie, Paris 23 février 1891.
- RICHELOT. — Congrès de chirurgie (1891), page 197.
- SEGOND. — Congrès de chirurgie, Paris 1891, page 218.
- DOYEN DE REIMS. — Congrès de chirurgie, Paris 1891, page 237.
- P. HARUSSEAU. — Des formations kystiques consécutives à l'extirpation de l'utérus et de ses annexes (thèse Paris 1891).
- LE DENTU. — Suites éloignées de l'ablation des annexes dans les affections non néoplasiques de ces organes, (congrès de chirurgie, Paris 1891, page 175).
- POZZI. — Congrès de chirurgie, Paris 1893, (7^e session, page 622).
- LAFOURCADE. — (Thèse de Paris 1893).
- SCHONHEIMER (de Berlin). — Pseudo-récidive après l'H. V. totale. Centralblatt für Gyn. Septembre 1893, page 858.
- RICHELOT. — L'hystérectomie vaginale dans les affections cancéreuses et non cancéreuses de l'utérus (février 1894) page 225 à 257.
- BAUDRON. — De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes (thèse de Paris 1894).
- LANDAU. — Die vaginale radical Operation, technik, méd. Geschichte, Berlin 1896.

CLARET. — Des tumeurs kystiques intra-pelviennnes secondaires à l'hystérectomie vaginale, pour lésions non cancéreuses, (thèse Paris 1896).

RICHELOT. — Revue de chirurgie (10 septembre 1897 n° 9), l'Hystérectomie abdominale totale contre les affections des annexes.

RICHELOT. — Sur le traitement des suppurations pelviennes (Annales de gynécologie et d'obstétrique (septembre 1896).

RICHELOT. — Discussion sur l'hystérectomie abdominale (Société de chirurgie, 15 décembre 1897).

